

## Psiquiatría y neurología de guerra

Por el Dr. D. Nieto

Capitán médico de Aviación. Director del Manicomio de Ciempozuelos (Madrid)

Desde que ha comenzado la guerra es objeto frecuente de comentario la cuestión de la influencia que esta situación ejerce en la producción de trastornos mentales. Suele aceptarse de antemano por todo el mundo que la guerra determina un aumento considerable de las enfermedades psíquicas. Y si es explicable que esta creencia se halle muy difundida entre el vulgo, no lo es tanto que en los mismos círculos médicos se deje oír repetidamente, ya que los datos que se poseen sobre lo acontecido en otras guerras —especialmente durante la guerra europea, en cuya época ya estaba suficientemente desarrollada la psiquiatría científica— permitían tener un criterio exacto sobre esta cuestión. Pero puesto que no pocos médicos manifiestan a menudo la opinión de que la guerra origina multitud de psicosis, y hasta alguna vez lo hemos oído de especialistas indudablemente poco informados, se hace imperiosamente necesaria una aclaración terminante de este problema. Aprovecharé, además, esta oportunidad para marcar cuál es, o puede ser, la misión de la psiquiatría en la guerra y para llamar la atención sobre la neurología, una cuestión esta última que suele merecer ahora, en contraste con la anterior, un olvido injustificado.

Cualquiera que haya leído un tratado medianamente informado de psiquiatría habrá visto consignado el hecho de que la guerra sólo ocasiona un aumento en determinados trastornos psíquicos, así como que no existe un cuadro clínico específicamente debido a ella, esto es, que no existe la tan citada psicosis de guerra. Si es cierto que en algunos tratados y en publicaciones aisladas se ha hecho referencia alguna vez a este pretendido aumento de las psicosis y a la existencia de una psicosis de guerra, ello ha podido deberse a un defectuoso enjuiciamiento estadístico y clínico, principalmente notado en países cuyas concepciones psiquiátricas están exentas todavía del rigor científico necesario. Para aquellos que no necesitan grandes cosas en cuanto al análisis etiológico, toda psicosis que aparece en un combatiente,

teñida como es natural con contenidos guerreros, será una psicosis de guerra ; y del mismo modo pueden aislarse psicosis de las trincheras, de la retaguardia, del aire o del mar, según el momento de aparición y el contenido de los trastornos. A nadie se le oculta que el establecimiento de una relación causal exige un análisis mucho más cuidadoso.

Sin necesidad de que la guerra misma llegue a demostrarnos de un modo empírico si origina o no un aumento de los trastornos mentales, la simple consideración psiquiátrica posibilita *a priori* la formación de un criterio. La guerra, como factor causal de enfermedades psíquicas, no constituye en sí una unidad etiológica, sino que representa un compuesto de elementos de distinta categoría : peligro de muerte, tensión emocional, conflictos, dificultades de alimentación y aseo, fatiga, enfermedades, alcoholismo reaccional, calamidades, etc. Cada uno de estos elementos es capaz, como se comprende, de jugar un papel muy distinto en la producción de trastornos mentales. Y es innecesario advertir que a todo psiquiatra le es posible conocer, en tiempo de paz, la influencia que cada uno de esos factores puede ejercer sobre la psiquis y su importancia etiológica, si bien debe reconocerse que la guerra constituye una circunstancia excepcionalmente favorable para que se presenten con más frecuencia. Si estos factores no son algo totalmente nuevo y específico de la guerra, preguntémosnos qué sabe la psiquiatría respecto de su capacidad para producir psicosis.

Antes debemos recordar que, desde el punto de vista etiológico, las enfermedades mentales se dividen en dos grandes grupos : *endógenas* o de causa externa totalmente desconocida hasta el momento actual, y *exógenas* u originadas por agentes exteriores conocidos, pudiendo éstos ser de naturaleza orgánica o psíquica. El gran grupo de las psicosis endógenas —esquizofrenia, psicosis manícodepresiva y epilepsia esencial— queda, pues, al margen de toda influencia exterior, por lo menos de aquellas influencias que determina la guerra. Tan sólo se discute en relación con ellas si los factores externos —tanto psíquicos como orgánicos— son capaces de actuar de agentes desencadenantes, entendiéndolo en el sentido de que crean condiciones favorables a la explosión de la enfermedad, como, por ejemplo, cualquier proceso depauperante puede poner en marcha una tuberculosis. Si ciertas observaciones aisladas parecen hablar en este sentido, no es sin embargo este caso tan frecuente como para que pueda contarse con un aumento de las psicosis endógenas.

Respecto de las psicosis exógenas de causa orgánica pueden, como es natural, ser observadas con más frecuencia, si las causas que las determinan —en el caso de la guerra : heridas cerebrales, agotamiento, hipoalimentación, infecciones— experimentan un aumento. Pero este tipo de psicosis no representan en sí un problema psiquiátrico, sino que lo funda-

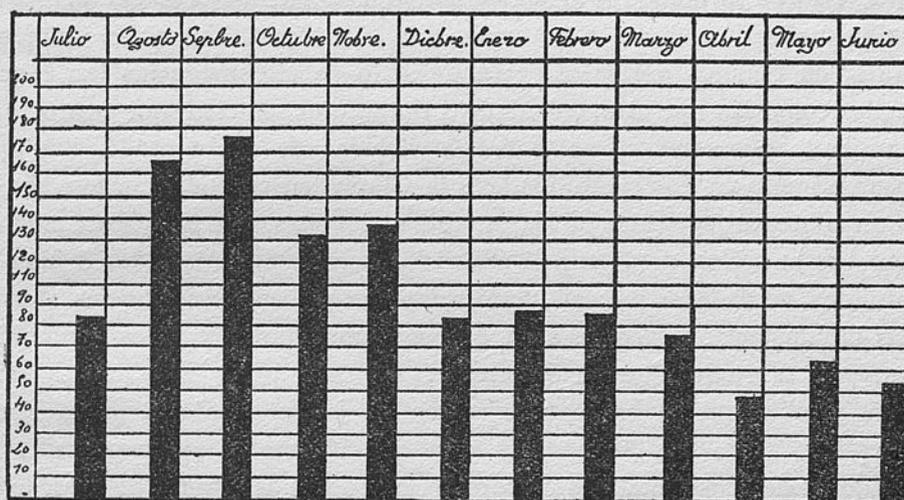
mental es el proceso orgánico por el que están determinadas, ocupando lo psíquico un lugar muy secundario. En cambio las psicosis exógenas de causa psíquica se incrementan considerablemente, ya que de todos los factores patógenos que crea la guerra son, con toda seguridad, aquellos de naturaleza psicológica —peligro de muerte, tensión emocional, conflictos de toda índole— los que experimentan un fomento más claro. Dentro de los cuadros de origen psíquico pueden establecerse, además, dos grupos: uno formado por aquellos cuadros que representan sencillamente la reacción de la psiquis (en personas predispuestas para ello) a un estímulo emocional excepcionalmente intenso —reacciones pánicas, depresiones reaccionales intensas—, y otro que lo constituyen los cuadros psicógenamente originados, pero que se caracterizan porque tienden a cumplir una finalidad egoísta de la personalidad. Esto último es lo que se llama histeria. Pues bien; aunque ambos tipos de trastornos pueden desarrollarse muy fácilmente en la guerra, los casos del primer grupo no constituyen un gran problema de asistencia por su exceso. Son los cuadros del segundo apartado, esto es, de histeria, los que sufrirán un incremento extraordinario, debido a su especial mecanismo finalista.

Hasta aquí hemos expuesto, de un modo sucinto, las presunciones lícitas que el simple conocimiento psiquiátrico puede hacer respecto de la influencia de la guerra en la producción de trastornos mentales, prescindiendo de los datos empíricos que una experiencia de guerra proporciona. Ahora debemos exponer qué se aprendió en este sentido durante la Gran Guerra, y qué se va comprobando aquí durante la campaña actual.

La experiencia recogida durante la guerra europea confirmó en absoluto lo que llevamos dicho. Las psicosis endógenas no sufrieron un aumento sensible. En cambio se observó, como era de esperar, un incremento considerable de las psicosis exógenas, principalmente de los casos de histeria. Pero esto no representó, como puede comprenderse, un verdadero problema de asistencia psiquiátrica, ya que muchos enfermos de esta índole no llegan a las clínicas psiquiátricas. Sobre este punto volveremos a insistir en seguida.

Ahora poseemos nosotros, desgraciadamente, la experiencia más importante que se ha registrado en este aspecto. Las circunstancias vividas por nuestro pueblo desde que comenzó la guerra representan, sin disputa, el acontecimiento más colosal que se conoce como conglomerado imponente de traumatismos psíquicos. No creo que puedan haberse dado en otras ocasiones históricas condiciones comparables a las que hemos sufrido aquí, permitiéndonos ello enjuiciar con toda autoridad la influencia que en la producción de enfermedades mentales pueden ejercer estas situaciones. El hecho de tratarse de una guerra civil en un principio, y de una guerra orga-

nizada más tarde, donde se han empleado los más feroces armamentos modernos, ha determinado que las vivencias creadas hayan sido de lo más inaudito y heterogéneo que puede experimentarse. Para formar juicio acerca de la oscilación sufrida por la cifra de enfermos mentales, nada mejor que atenernos a lo acontecido en Madrid. Es el mejor ejemplo que puede escogerse, ya que se trata de una gran población que ha vivido la guerra en todos sus aspectos con la máxima intensidad y sólo posee una clínica psiquiátrica pública donde ingresan todos los enfermos mentales no compatibles con la vida social. Pues bien ; veamos qué marcha ha seguido la cifra de ingresos en la Clínica Psiquiátrica de Madrid.



La gráfica muestra muy claramente que durante los cinco primeros meses de la guerra se produjo un aumento considerable de los ingresos, no llegando sin embargo a ser tan alto que duplicase la cifra de tiempos normales. A partir de diciembre se inicia un descenso brusco, inferior a la cifra normal, que se acentúa más en meses sucesivos. Para la interpretación del aumento del primer período hay que tener en cuenta dos factores : la guerra, en primer lugar, con las particularidades propias de la primera época, que hacían especialmente angustiosa la vida de la ciudad, y los feroces bombardeos del otoño, y el rápido y considerable aumento de la población de Madrid a expensas de las ciudades evacuadas de los sectores occidentales del frente. El descenso del segundo período se explica fácilmente por la disminución progresiva de la población de Madrid debida a la evacuación hacia las regiones de la retaguardia. Qué influencia pudo tener el segundo factor del primer período (aumento de la población) en el incremento de los ingresos, es difícil calcularlo con exactitud. Para el fin de este trabajo sólo interesa que quede consignado y hasta podemos suponer que

el aumento haya sido debido exclusivamente a la guerra en sí. Pues bien ; como se ve, el aumento no ha sido en conjunto tan extraordinario como se acostumbra a asegurar, ya que no ha llegado a duplicar la cifra normal de ingresos. Por otra parte, analizado el material que lo constituye se observa que el porcentaje de las psicosis endógenas ha experimentado una variación curiosa. Durante el segundo semestre de 1936 representa el 38 por 100 de todos los ingresos en la clínica de mujeres y el 31 por 100 en la de hombres. Ambas cifras son bajas, especialmente la última, pues sólo la esquizofrenia se da en una proporción del 40 por 100 de los ingresos, siendo a todas luces inverosímil que se haya operado un descenso de las psicosis endógenas, cuando es mucho más lógico contar con un ligero aumento, por la sencilla razón de que no pocos casos que son soportables en el ambiente familiar en tiempos normales dejan de serlo en circunstancias tan excepcionales como las que atravesó Madrid durante el semestre que nos ocupa. Admitiendo que estas cifras se hallen viciadas de algún modo, hay que pensar primero en dos posibilidades : la Clínica en cuestión puede trabajar con un concepto particular de las psicosis endógenas, que no abarca muchos casos que lo serían de seguir el criterio generalmente admitido, o bien se confunden verdaderas psicosis endógenas con psicosis reaccionales merced a las circunstancias especiales en que se manifestaron y a los contenidos relativos a la guerra que suelen ofrecer.

Es posible que ambas causas entren en juego de algún modo ; pero la explicación de ese descenso es otra que fácilmente se comprende. Se trata de un descenso totalmente aparente, como vamos a tratar de evidenciar.

La consideración de la cifra de ingresos por grupos de enfermedades ofrece un marcado aumento de las «reacciones psicógenas y psicopáticas», así como de las agrupadas bajo el nombre de «otras causas exógenas». Es decir, se comprueba lo que ya apuntamos al principio que era de esperar. Este hecho explica, naturalmente, el aparente descenso del porcentaje de psicosis endógenas. Puede asegurarse que la casi totalidad de la sobrecarga de ingresos en ese período se hizo a base de reacciones psicógenas y psicopáticas y otros cuadros exógenos ; permaneciendo igual o con insignificante variación el resto de las psicosis, la proporción relativa de éstas aparece muy disminuída. Si se tiene en cuenta sólo las cifras totales de cada grupo y se comparan con las de otros períodos se obtiene esta comprobación.

Hemos dicho que el movimiento de enfermos de la Clínica Psiquiátrica de Madrid representa el reflejo más exacto de las variaciones que en este aspecto puede sufrir la población. Existen en la ciudad algunos establecimientos privados, pero de una capacidad reducida, cuya consideración para nuestro objeto apenas ofrece interés.

Respecto de los manicomios sólo existen dos en la provincia: Ciempozuelos y Leganés. Este último de unas 500 plazas nada más y con un movimiento de enfermos muy escaso debido a la limitación de sus plazas y a las formalidades que se exigen para el ingreso. Prácticamente sólo resta a nuestra consideración el Manicomio de Ciempozuelos, que es el establecimiento que aloja la mayor parte de los enfermos de Madrid y provincias cercanas. Desde el comienzo de la guerra hemos estado encargados de este Establecimiento y conocemos exactamente el movimiento de enfermos habido allí. Sin embargo, poco hay que decir sobre esto, ya que aparte de muy pocos ingresos aislados, en número considerablemente inferior a lo normal, sólo tuvieron ingreso sucesivamente dos grupos enviados de la Clínica Psiquiátrica de Madrid, como ya ocurría anteriormente de una manera periódica. En conjunto, durante los siete meses que ha estado en nuestra zona el manicomio, el tráfico de enfermos ha sido menor. Pero ello se ha debido a las circunstancias de aislamiento de comunicaciones en que ha tenido que funcionar la mayor parte del tiempo. No interesa, pues, para la cuestión que nos ha venido ocupando hasta ahora.

En cambio puede merecer algún comentario desde el punto de vista de la influencia que la guerra puede tener sobre los enfermos mentales, mejor dicho, de cómo reaccionan éstos ante la contienda. La circunstancia de haberse hallado el Manicomio de Ciempozuelos cerca de cuatro meses en pleno frente de combate (por la imposibilidad de su evacuación en el momento oportuno, ya que se trataba de una población que se acercaba a los 3.000 enfermos) permite que hayamos podido madurar sin apremios un juicio, a cuya inapelabilidad somos acreedores, sobre este particular. Y no es que para nosotros haya constituido jamás este punto motivo de curiosidad, pues cualquier psiquiatra puede imaginarse cómo reaccionarán los enfermos en el frente; es que ha sido uno interrogado tantas veces por médicos y profanos sobre este aspecto que bien merece la pena que quede algo consignado. Las condiciones «experimentales» no han podido ser más perfectas para estudiar esta cuestión: un manicomio que alojaba (entre hombres y mujeres) cerca de 3.000 personas en pleno frente; bombardeos de aviación (una de las veces en el mismo recinto del establecimiento); cañoneo casi diario de la artillería enemiga cuyos blancos resultaban casi siempre los manicomios, por ocupar la mayor extensión del pueblo; combates repetidos cuyos fragores percibíanse allí mismo. Pues bien; a pesar de este panorama los habitantes del manicomio se condujeron como siempre, no acrecieron los estados de agitación y reinó en todo momento la normalidad manicomial más absoluta. Esto es, por paradójico que parezca, dieron muestras de una cordura y serenidad ejemplares. Y, a decir verdad,

todas las dificultades y obstáculos que en la organización tropecé fueron creadas exclusivamente por los cuerdos.

No quiere esto decir que los estímulos ambientales que constituyen la guerra serán indiferentes para la psiquis humana. En el ejemplo analizado de los enfermos de manicomios se explica su falta de influencia porque la inmensa mayoría de ellos son casos crónicos, estados demenciales finales, cuya obtusión psíquica les impide comprender el alcance de los fenómenos que se producen a su alrededor. Pero hasta los mismos casos agudos, no terminales, cursan la mayoría con perturbaciones de la vida psíquica que no permiten la valoración justa de los acontecimientos exteriores. Sólo aquellos casos de enfermedades delirantes con completa o relativa conservación de la conciencia, pensamiento, afectividad y voluntad pueden reaccionar adecuadamente a los estímulos.

De esta ojeada de conjunto sobre la influencia de la guerra en la producción de enfermedades mentales se desprende, como se ve, que no tiene la importancia que se acostumbra a suponer. Lo que constituye el verdadero acervo de la locura no experimenta apenas variación, y solamente se multiplican aquellas enfermedades de naturaleza reaccional, cuyo pronóstico no suele ser sombrío. No quiere esto decir que las colosales conmociones psíquicas que entrañan la guerra representen un tónico del sistema nervioso, ni siquiera que sean indiferentes. La creencia común no deja de tener su fundamento. En efecto, si durante los primeros tiempos de la guerra hubiéramos podido reconocer los psiquiatras, al azar, grandes masas de población, se hubiera comprobado con toda seguridad la existencia de numerosos trastornos: depresiones angustiosas, estados depresivos con ideas paranoides, distimias, cuadros histéricos distintos, etc. Probablemente habría sido difícil encontrar una persona totalmente incólume ante estos estímulos, y de haber existido se hubiera interpretado mucho más como un síntoma de anormalidad que como una prueba de integridad psíquica. Sin embargo, la mayor parte de estas reacciones ligeras deben ser consideradas como respuestas adecuadas, esto es, normales, a estímulos realmente excepcionales.

Hasta aquí hemos expuesto lo que la guerra, en general, significa para las enfermedades mentales. Nos resta ahora considerar la misión que a la psiquiatría le incumbe dentro de la Sanidad de Guerra. Comencemos por hacer constar que todo lo dicho anteriormente es aplicable aquí; quiero decir que entre los combatientes no nos encontramos con hechos nuevos o particularidades más o menos específicas. Por consiguiente, aparte del contingente de psicosis endógenas que sea de esperar, no por la guerra, como sabemos, sino por presentación espontánea en una gran masa de combatientes, lo que se observa con bastante frecuencia son los trastornos men-

tales de índole exógena. Para el fin que debe cumplir este artículo, interesa que analicemos de cerca este punto.

Entre las psicosis exógenas que aparecen en los combatientes (como en otro tipo de sujetos) conviene distinguir tres grupos fundamentales: 1.º Psicosis determinadas por enfermedades generales o el simple agotamiento orgánico. 2.º Psicosis psíquicorreactivas, esto es, trastornos mentales que representan una reacción morbosa a ciertos estímulos psíquicos, bien porque éstos sean excepcionalmente intensos o porque el sujeto posea una constitución anormal que le predisponga a este tipo de reacciones. 3.º Histeria, en el sentido estricto. El primer grupo no llega a tener importancia, pues depende de que aumenten o no ciertas enfermedades que, como las infecciosas, dan lugar con frecuencia a psicosis, y aún en este caso no constituyen el problema esencial; sólo los casos de agotamiento nervioso pueden observarse más a menudo y no plantean problemas de asistencia extraordinarios. Los casos correspondientes a los otros dos grupos aumentan considerablemente, sobre todo la histeria. Entre ambas modalidades de trastornos se establece un tránsito insensible. Lo que diferencia la histeria de las reacciones psicógenas del segundo grupo es el sentido de finalidad egoísta que poseen los síntomas. La enfermedad tiende aquí a obtener un beneficio o ventaja para la personalidad que se encuentra frente a un conflicto. Generalmente se admite que el mecanismo por el cual se produce la enfermedad histérica es inconsciente. Pero conviene hacer notar que esa pretendida separación radical entre la conciencia y el inconsciente no puede ser mantenida en modo alguno en los términos que ciertas doctrinas acostumbran. De los procesos que suelen denominarse inconscientes hay siempre una consciencia más o menos clara (la contradicción es sólo terminológica), y habría que discutir hasta qué punto la voluntad está ausente de la función ejercida por lo que se llama «censura» en estas doctrinas. No es esta, sin embargo, la oportunidad para discutir estas cuestiones. Y hemos hecho alusión a ellas porque convenía tenerlas en cuenta para lo que a continuación vamos a afirmar. Lo específico de la histeria es, quiérase o no, la «voluntad de enfermedad». El enfermo crea los síntomas más o menos inconscientemente (y en este proceso, como hemos dicho, interviene «más o menos la voluntad») tendiendo a fines ventajosos para la personalidad. En cambio en las psicosis reaccionales puras no se da esta condición. Aquí se trata de la reacción de una personalidad de un temple especial (personalidad psicopática) ante un conflicto psíquico, si bien éste puede ser de tal categoría agresiva que no necesite para justificar respuestas un temple psíquico determinado donde surtir efectos. Debemos advertir que la histeria está también fundamentada sobre una constitución especial.

Entre ambos grupos se dan las transiciones con más abundancia que los casos puros. Asimismo de la histeria a la simulación se pasa por gradaciones insensibles. Pero de la simulación no vamos a hablar aquí porque en realidad no constituye una cuestión psiquiátrica.

Hemos comentado con alguna extensión los caracteres de los grupos de enfermedades mencionadas, porque constituyendo la base del incremento de los trastornos mentales de los combatientes se impone un conocimiento exacto de sus mecanismos que permita señalar la conducta a seguir.

Lo primero que hay que hacer en una sanidad de guerra organizada es reunir todos los enfermos psiquiátricos en una clínica adecuada con especialistas. Esto parece innecesario advertirlo; pero es lo cierto que entre nosotros ha necesitado transcurrir un año de guerra para que se llegase a reconocer esta necesidad. Se enviaba, sí, a los enfermos de esta índole a la clínica psiquiátrica, en sitios que, como Madrid, era esto posible. Pero en general se encontraban diseminados en multitud de hospitales, sin que en relación con ellos se tomaran las medidas adecuadas. No pocos enfermos con síndromes histéricos eran considerados como verdaderos enfermos neurológicos, y viceversa, determinando un modo de tratamiento totalmente equivocado.

La conducta terapéutica frente a las psicosis que aparecen en los combatientes es muy difícil según la naturaleza de la enfermedad, aludiendo al decir esto no a la diversidad lógica de indicaciones por enfermedades e individuos, sino a la estimación que deben merecernos unos y otros casos. Los enfermos con psicosis por heridas cerebrales u otras causas así como la de agotamiento nervioso, son pacientes sin más y serán tratados como se necesite. Igualmente ocurrirá con los que padecen psicosis reactivas no histéricas. En cambio los casos histéricos genuinos plantean un problema de principio. ¿Deben ser considerados como enfermos sin más, exactamente igual que si se tratase de heridos de cráneo, de vientre o de infecciosos? Hubo una época en que el histérico no gozaba por completo de la condición de enfermo auténtico. Se veía en este tipo de enfermedad algo más o menos voluntario o fingido que merecía una cierta repulsa del médico en cuanto éste aseguraba el diagnóstico. A esta fase siguió el período que se extiende hasta nuestros días, en que al adquirir un incremento extraordinario la psicología, especialmente ciertas corrientes de abolengo biológico, se ha operado un cambio en sentido inverso, que ha hecho concentrar toda la atención sobre la histeria, promoviénola a la categoría de enfermedad auténtica, tan digna de consideración como la tuberculosis. Esta rehabilitación de los histéricos ha llegado a alcanzar en ciertos momentos y en algunos círculos proporciones exageradas, hasta el punto que ha podido considerarse como una patente de complicación espiritual y buen tono

ostentar manifestaciones de esta naturaleza. Es necesario, pues, fijar una actitud frente a esta cuestión.

Aunque no se acostumbre a hacer manifestaciones rotundas sobre ello, todo psiquiatra y, desde luego, todo médico, se siente muy distante de este último modo de consideración del histérico, si se exceptúa sólo a los psicoterapeutas, para quienes esta enfermedad es todo. Yo no he conocido ninguna clínica psiquiátrica (ni otra clase) en que el histérico fuese considerado, en lo íntimo de la apreciación médica, como un enfermo cualquiera. Siempre está viva la impresión de que se está ante un sujeto con una cierta voluntad de enfermedad y esto influye inevitablemente en la aptitud general que se adopta en relación con él.

Pero la guerra impone, más que nada, sobre todo una ruptura de hostilidades entre el médico y el histérico. Un ejemplo que ilustra claramente sobre este punto es el sucedido siguiente: En el frente donde yo me encontraba, el día en que se libró el combate más intenso, un compañero estaba en un puesto de socorro y a duras penas podía hacer la cura de urgencia a todos los heridos, pues eran muchos los que se presentaban. En estas circunstancias le trajeron también a un sujeto con un ataque histérico; dispuso algunas medidas en relación con él y ordenó que le colocasen en un espacio contiguo para que no perturbase las curas urgentes que estaba haciendo; el histérico redobló su explosión y hacía distraer las energías de varios sanitarios y del médico, que tenían en aquellos momentos heridos graves que curar y evacuar. Mi compañero, psiquiatra también, por cierto, vió agotada su paciencia por la contumacia del sujeto que quería hacer valer sus convulsiones teatrales más que las hemorragias de muerte y le lanzó con violencia un gran cubo de agua al mismo tiempo que le amenazaba con tomar medidas heroicas. Así terminó el ataque. La conducta no podía ser otra. Pero no sólo en el puesto de socorro está justificada esta actitud, también en la clínica psiquiátrica militar habrá que tomar medidas especiales que se apoyen en la siguiente reflexión: el peligro en las trincheras es percibido en general por todos los combatientes y no hay duda de que a la mayor parte le agradaría encontrarse en un lugar tranquilo, a cubierto de las balas; pero el sentimiento de la obligación impuesta por las circunstancias hace arrostrar con resignación las situaciones más peligrosas. Este sentimiento no deja de poseerlo el histérico, y precisamente por ello, en vez de desertar, realiza la fuga en la enfermedad, con lo cual deja a cubierto su dignidad. Claro es que se trata del modo de reacción de ciertas personalidades de un temple especial, modo de ser del cual no son ellos verdaderamente responsables. Pero la guerra, esa selección brutalmente inversa que es la guerra, que sacrifica tantos valores estimables, no puede consentir que a ciertos sujetos de una naturaleza todo lo especial que se quiera, pero

que les permite transformar en manifestaciones morbosas su deseo de huir de lo desagradable, se les coloque en condiciones magníficas a cubierto de todo peligro e incomodidad, mientras otros soldados, quizá también de una naturaleza especial, pero que no se manifiesta de esa forma aunque sea tan vulnerable o más por el sufrimiento, tienen que permanecer estoicamente en el frente. También la criminalidad posee una base constitucional indudable y, sin embargo, no por ello ha variado la estimación social del delincuente de cuya libre actuación procuramos defendernos. No obstante estamos dispuestos a reconocer que en una guerra ideal (acéptese la paradoja) no participarían como combatientes más que aquellos sujetos que tuviesen condiciones para ello, esto es, los que por propia inclinación de su temperamento encuentran un deleite en guerrear; que para todo hay naturalezas en el mundo. Pero entretanto se alcanza esa perfección, no hay más remedio que tomar actitud en consonancia con la realidad actual. Y ésta exige que el histérico sea reintegrado con toda urgencia a su situación anterior, o en todo caso, que no se le envuelva en mimos de enfermo auténtico, que determinarían un florecimiento perpetuo de sus síntomas, que son para él preciosos aliados en la consecución de sus fines.

Hay que proceder con una severidad inflexible. El ejercicio de esta función sólo puede estar reservada al especialista, pues hace falta una valoración exquisita de los factores que integran cada caso para deducir la conducta conveniente. No se puede actuar con ligereza cuando se trata de determinaciones que deben estar a cubierto de todo error.

Sólo dedicaremos unas palabras a la neurología. Al principio hemos dicho que contrasta la gran preocupación que despierta la psiquiatría en relación con la guerra con el olvido que se observa respecto de la neurología. En realidad debía ocurrir lo contrario, y de hecho ocurre en los círculos bien informados. En efecto, la guerra proporciona una gran cantidad de heridos de sistema nervioso cuyo estudio ofrece el más alto interés científico. La enorme variedad de lesiones, las curiosas localizaciones que con frecuencia suelen observarse, se prestan maravillosamente para el análisis funcional de regiones y centros cerebrales, enriqueciendo con datos de gran valor nuestros conocimientos fisiológicos. En muchas ocasiones las heridas de cerebro reproducen condiciones que sólo habían sido obtenidas en la experimentación con animales, y su estudio proporciona importantes datos para la fisiología cerebral humana. Pero no sólo se beneficia de este estudio el puro conocimiento científico. Los enfermos neurológicos por heridas de guerra, estudiados convenientemente en la clínica neurológica, son objeto de las medidas terapéuticas adecuadas: primero neuquímicas, en los casos indicados; después, de reeducación. Así pueden ser

recuperadas o sustituidas funciones importantes que no lo hubieran sido de otro modo.

Y ahora, para terminar, recordemos de nuevo que la justificación de este artículo viene dada por la gran confusión que reina en torno a estas cuestiones, originada quizás por la falta de una literatura orientadora. Esta confusión no sólo se encuentra, como dijimos, en círculos profanos, sino también en esferas médicas cultas. En el interesante libro de Carrel, el célebre investigador americano, *La incógnita del Hombre*, se consigna, por ejemplo, que las enfermedades mentales aumentan con la civilización, una creencia de cuya inexactitud estamos convencidos en los medios psiquiátricos. Es muy probable que Carrel haya recibido este dato a través de la literatura psiquiátrica norteamericana, cuyas concepciones en este terreno están todavía poco seleccionadas. Si esto sólo puede creerse en relación con la vida moderna, qué no se admitirá la relación con la guerra. Pero guerras ha habido siempre y la humanidad no ha enloquecido. Seguiremos sintiendo la crisis de angustia y de pánico y crearemos enloquecer, para volver luego, con el retorno de la tranquilidad, a recuperar nuestro equilibrio momentáneamente perturbado. Pero quizás el hombre actual sufra más con la guerra porque se había hecho a la idea de vivir en un período risueño y feliz de paz, como aquel que duró veinte siglos en la civilización de Creta. Desgraciadamente, no ha sido así, y no queda más remedio que aceptar la imposición de nuestro destino histórico.